

ватные действия. В зависимости от преобладания того или иного типа психической реакции, рассчитывается количество психологических потерь.

Второй метод

Основан на степени влияния следующих факторов: воздействие боевой обстановки, условия местности и погодные условия, воздействие противника, состояние своих войск. Оценка влияния каждого фактора осуществляется по следующему принципу: 1 балл — влияние незначительно; 3 балла — влияние среднее; 5 баллов — влияние значительное. Далее сумма баллов соотносится с процентом военнослужащих, которые будут составлять психологические потери.

Третий метод

Расчеты С. В. Чермянина показывают, что те или иные проявления психической дезадаптации в виде острых психологических стрессовых реакций выявятся уже в течение первых суток боя не менее чем у 5–7 % военнослужащих, причем у 80 % из них они будут скоротечными (минуты десятки минут) и редуцироваться при изменениях боевой обстановки. На этапы медицинской помощи эти лица, как правило, не попадают. Всего в общей структуре санитарных потерь психологические санитарные потери могут равняться 10–14 %, или 0,3–0,5 % от численности личного состава, принимающего активное участие в боевых действиях.

Вывод

Умение грамотно прогнозировать и оценивать психологические потери позволяет своевременно и обоснованно принимать боевые решения, осуществлять мероприятия по оказанию психологической помощи и восстановлению боеспособности личного состава. Существующие методики расчета психологических потерь позволяют с определенной степенью вероятности прогнозировать общие объемы и динамику снижения боевых возможностей частей и соединений в боевой обстановке.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Караяни, А. Г.* Прикладная военная психология / А. Г. Караяни, И. В. Сыромятников. — СПб: Питер, 2006 — 480 с.
2. *Ответчиков, А. В.* Психические состояния военнослужащих в особых условиях ведения боевых действий / А. В. Ответчиков. — М.: ГА ВС, 1991. — 112 с.

УДК 618.2 618.4]-055.25

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ СТАРШЕ 35 ЛЕТ

Бондаренко Е. А., Михайловский А. Л.

Научный руководитель: Е. Л. Лашкевич

Учреждения образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Причины наступления беременности в возрасте старше 35 связаны с финансовыми проблемами, образованием, карьерой или просто личными мотивами. Женщины позднего репродуктивного возраста благополучны по своему психоэмоциональному статусу и уровню невротизации, но, исходя из особенностей соматической заболеваемости, входят в группу высокого риска по возникновению осложнений течения беременности и родов [1]. Низкий уровень стероидных гормонов крови обусловлен истощением овариального резерва, жизненный запас яйцеклеток иссякает [2]. Оставшиеся яйцеклетки стареют и с каждым прошедшим годом становятся менее способными к оплодотворению [3]. Возрастное снижение чувствительности рецепторного аппарата миометрия к половым стероидам нарушает у женщин позднего репродуктивного возраста физиологические процессы гестации и родового акта.

Цель

Изучить особенности течения беременности и родов у первородящих старше 35 лет.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 106 историй родов за период с января по декабрь 2013 г. на базе родильного отделения учреждения здравоохранения «Гомельская областная клиническая больница». Женщины разделены на группы в зависимости от их возраста: в I группе (основной) 56 первородящих женщин старше 35 лет, во II группе (контрольной) 50 первородящих женщин 26–28 лет. Изучали течение беременности, родов, сопутствующие экстрагенитальные заболевания. Анализ полученных результатов проведен с использованием вариационной статистики Фишера–Стьюдента с определением доли (p , %) и стандартной ошибки доли (S_p , %). Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Возраст женщин основной группы $37,2 \pm 3,3$ лет, группы контроля $27,3 \pm 1,2$ лет. Срок гестации на момент родоразрешения в первой группе $38,5 \pm 1,3$ недель, во второй $38,9 \pm 0,9$ недель. У $12,5 \pm 4,4$ % пациенток старше 35 лет беременность наступила после использования вспомогательных репродуктивных технологий, в то время как у всех женщин контрольной группы беременность наступила спонтанно ($p = 0,028$).

Экстрагенитальные заболевания были выявлены в основной группе у $85,7 \pm 4,7$ %, в контрольной группе у $30,0 \pm 6,5$ % женщин ($\chi^2 = 31,7$, $p < 0,001$). Среди них у беременных I группы чаще диагностировали заболевания щитовидной железы ($p = 0,02$) и органов зрения ($p = 0,011$), в сравнении с пациентками II группы (таблица 1).

Таблица 1 — Структура экстрагенитальных заболеваний, n ($p \pm s_p$, %)

Заболевания	I группа (N = 56)	II группа (N = 50)
Заболевания щитовидной железы	14 ($25 \pm 5,8$) ** $p = 0,02$	1 ($2 \pm 1,9$)
Заболевания органов зрения	13 ($23,2 \pm 5,6$) ** $p = 0,011$	2 ($4 \pm 2,7$)
Заболевания сердечно-сосудистой системы	10 ($17,9 \pm 5,1$)	3 ($6 \pm 3,4$)
Заболевания органов дыхания	8 ($14,3 \pm 4,7$)	5 ($10 \pm 4,2$)
Заболевания желудочно-кишечного тракта	11 ($19,6 \pm 5,3$)	8 ($16 \pm 5,2$)

*Статистически значимо в сравнении со II группой.

Осложненное течение беременности наблюдали в основной группе у $44,6 \pm 6,6$ % беременных, в контрольной группе — у $56,0 \pm 7,1$ %. Беременность осложнялась артериальной гипертензией, гестозом легкой степени, преэклампсией, гестационным сахарным диабетом (СД), анемией. У беременных основной группы статистически значимо чаще встречалась преэклампсия, в сравнении с контрольной группой ($p = 0,03$, таблица 2).

Таблица 2 — Структура осложнений беременности, n ($p \pm s_p$, %)

Осложнения беременности	I группа (N = 56)	II группа (N = 50)
Артериальная гипертензия	8 ($14,3 \pm 4,7$)	6 ($12,0 \pm 4,6$)
Гестоз легкой степени	7 ($12,5 \pm 4,4$)	8 ($16,0 \pm 5,2$)
Преэклампсия	7 ($12,5 \pm 4,4$)*	0
Гестационный СД	2 ($3,6 \pm 2,4$)	1 ($2,0 \pm 1,9$)
Анемия	5 ($8,9 \pm 3,8$)	4 ($8,0 \pm 3,8$)

*Статистически значимо в сравнении со II группой ($p = 0,03$).

В I группе $92,9 \pm 3,4$ % пациенток родили в физиологический срок, $7,1 \pm 3,4$ % — преждевременно. Во II группе срочных родов $90,0 \pm 4,2$ %, преждевременных — $10,0 \pm 4,2$ %. В I группе статистически значимо чаще родоразрешение осуществлялось путем операции кесарево сечение ($p = 0,000$). В основной группе операция кесарево сечение выполнена у $64,3 \pm 6,4$ %, роды через естественные родовые пути у $35,7 \pm 6,4$ %, в контрольной группе $18,0 \pm 6,3$ % и $82,0 \pm 6,3$ % соответственно. Показания для операции кесарево сечение у I группы: 1) экстрагенитальные заболевания (заболевание органов щитовидной железы, органов зрения, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта), 2) осложнение беременности — преэклампсия.

В основной группе было обнаружено, что у $23,2 \pm 5,6$ % рожениц роды имели осложненный характер, в контрольной группе — у $18,0 \pm 5,4$ %. Анализируя осложнения беременности, статистически значимых различий между исследуемыми группами не установлено ($p > 0,05$), данные представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Структура осложнений в родах, n ($p \pm s_p$, %).

Осложнения в родах	I группа (N = 56)	II группа (N = 50)
Преждевременное излитие околоплодных вод	12 ($21,4 \pm 5,5$)	5 ($10 \pm 4,2$)
Слабая и дискоординированная родовая деятельность	8 ($14,3 \pm 4,6$)	5 ($10 \pm 4,2$)
Угроза разрыва промежности	7 ($12,5 \pm 4,4$)	9 ($18 \pm 5,4$)

Выводы

1. У $12,5 \pm 4,4$ % пациенток старше 35 лет беременность наступила после использования вспомогательных репродуктивных технологий, в то время как у всех женщин контрольной группы беременность наступила спонтанно ($p = 0,028$), что связано с истощением овариального резерва.

2. Сопутствующие экстрагенитальные заболевания статистически значимо чаще встречались у беременных старше 35 лет ($p < 0,001$), из них у $25 \pm 5,8$ % женщин заболевания щитовидной железы ($p = 0,02$) и у $23,2 \pm 5,6$ % заболевания органов зрения ($p = 0,011$), по сравнению со II группой, что неблагоприятно сказывается на течении беременности и родов.

3. Только у $12,5 \pm 4,4$ % женщин основной группы среди осложнений беременности диагностировали преэклампсию ($p < 0,03$), что может быть обусловлено большей частотой сопутствующих экстрагенитальных заболеваний у данных пациенток.

4. В сравнении со II группой у женщин I группы статистически значимо чаще ($p = 0,000$) родоразрешение осуществлялось путем операции кесарево сечение — $64,3 \pm 6,4$ %.

5. Статистически значимых различий в осложнениях родов у пациенток в зависимости от возраста не выявлено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова, В. С. Аномалии родовой деятельности у первородящих старше 30 лет. / В. С. Белоусова, О. Р. Баев // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. — 2005. — Т. 4. — № 1. — С. 5–9.
2. Кустаров, В. Н. Влияние возраста на частоту наступления беременности в программе ЭКО / В. Н. Кустаров, К. Ю. Боярский // Проблемы репродукции. — 1999. — № 1. — С. 46–49.
3. Назаренко, Т. А. Значение оценки овариального резерва в лечении бесплодия у женщин позднего репродуктивного возраста / Т. А. Назаренко // Проблемы репродукции. — 2005. — № 2. — С. 56–59.

УДК 616.83-053.31:616.5

ФАКТОРЫ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Бондарь С. Н., Бочарова Ю. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Т. С. Иванова*

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Курский государственный медицинский университет»
г. Курск, Российская Федерация

Введение

Несмотря на значительные успехи, достигнутые за последние десятилетия в борьбе с инфекционными заболеваниями, внутриутробные инфекции представляют серьезную нерешенную социальную проблему общества [1, 5]. Внутриутробные инфекции (ВУИ) являются одной из ведущих причин перинатальной заболеваемости и смертности [2, 3].

Цель

На основании комплексного изучения системы «мать — ребенок» выявить основные факторы риска поражения ЦНС у детей с ВУИ и разработать алгоритм прогнозирования перинатального поражения ЦНС у детей.